



TITLE:

橋本氏病の1例

AUTHOR(S):

伊達, 政照; 西本, 勝美; 森野, 勝

CITATION:

伊達, 政照 ...[et al]. 橋本氏病の1例. 日本外科宝函 1959, 28(5): 1932-1935

ISSUE DATE:

1959-06-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206872>

RIGHT:

橋 本 氏 病 の 1 例*

大阪医科大学外科学教室 (指導: 麻田栄教授)

伊達 政照・西本 勝美・森野 勝

(原稿受付: 昭和34年3月4日)

A CASE REPORT OF HASHIMOTO'S DISEASE

by

MASATERU DATE, KATSUMI NISHIMOTO and MASARU MORINO

From the Department of Surgery, Osaka Medical College, Takatsuki.
(Director: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

A 21-year-old female was admitted to our clinic on April 13, 1956 with complaints of palpitation, nervousness and swelling of the anterior neck.

Examination showed increased pulse rate (100-120 per minute), increased body temperature ($37\sim 38^{\circ}\text{C}$), diffuse enlargement of both lobes of thyroid gland and elevation of basal metabolic rate (34.2%).

Because medical therapy, using antithyroid drugs, seemed to be scarcely effective, surgery was done on August 21, 1956. A firm, nodular-feeling goiter, involving both lobes but rather chiefly the left lobe, whose capsule slightly adherent to the surrounding tissues, was found, and a bilateral thyroidectomy was performed.

The histological examination of the resected specimen revealed diffuse infiltration of lymphocytes with formation of germinal centers, varying morphologic changes of the epithelium and so-called colloidphagy in thyroid follicles (Figs. 1, 2 and 3).

The convalescence was quite uneventful, and the patient had no sign of hypothyroidism 2 years after the operation.

Some discussions on the colloidphagy-theory were also described.

最近橋本氏病に関する報告が散見せられるようになったが、我々も本症の1例を経験したので報告し、若干の考察を加えたいと思う。

症 例

患者: 21才, 女子, 昭和31年8月10日入院。

主訴: 前頸部の瀰漫性腫脹及び心悸亢進。

現病歴: 約3年前, 前頸部の瀰漫性腫脹に気付き, その後漸次大きさを増大した。最近心悸亢進を覚え, 追々と強くなり, 又咽声をも来たすに至つたので入院

した。

現症: 体格栄養中等, 時折発作的に頻脈と心悸亢進を認め, 体温は 37°C 乃至 38°C の微熱が継続する。心肺に異常を認めず, 血液所見は正常。E. C. G. も異常所見なく, 基礎代謝は+34.2%で, 軽度亢進を示す。

局所所見: 前頸部甲状腺に一致して, ほぼ左右対称に, 夫々4cm×5cm, 表面平滑, 境界鮮明, 弾力性硬の腫瘤を認め, これは嚥下運動と共によく動き, 圧痛は証明しない。

手術: 既にメチオジール内服その他の内科的療法が

* 要旨は昭和32年1月31日京都外科集談会において発表した。

実施されたが、症状増悪の兆が見られるので、パセド一化甲状腺腫の診断の下に、昭和31年8月21日手術を行つた。局麻の下に襟伏切開を左右胸鎖乳頭筋の内縁間に加え、皮下組織及び筋肉群を型の如く切離して甲状腺に達した。先ず右側の上極を前方におこしてその後方に於て上甲状腺動脈を結紮切断した後、上方から下方に向い甲状腺を周囲組織より剝離し、左側に於ても全く同様の操作を実施したが、周囲組織との間には左程の癒着を認めなかつた。然る後、左右両葉を型の如く楔型に切除した(峽部は切除せず)。右葉よりも左葉の方が容積が可成り大きかつた。

切除標本：右葉は $2 \times 1 \times 1.5$ cm, 左葉は $2 \times 1 \times 2$ cm,

弾力性硬、充実性であつた。

組織学的所見：比較的正常な甲状腺濾胞が可成り見られるが、変性萎縮せる甲状腺濾胞も多数存在し、膠様質の被染色性が減じ、著明なリンパ球浸潤及び胚芽中枢を有するリンパ濾胞が認められ、即ち、橋本の記載した Struma lymphomatosa の像であつた(Fig. 1)。尚、このリンパ濾胞周辺部には後述する如く、所謂 Colloidphagy の像が認められた(Figs. 2 and 3)。

術後経過：術後の経過は順調で、創は一期癒合を営み、32日目に退院した。現在術後2年6ヵ月になるが術前の心悸亢進は消失し、且粘液水腫様症状は全然見られず、既に結婚生活に入り健康に暮している。

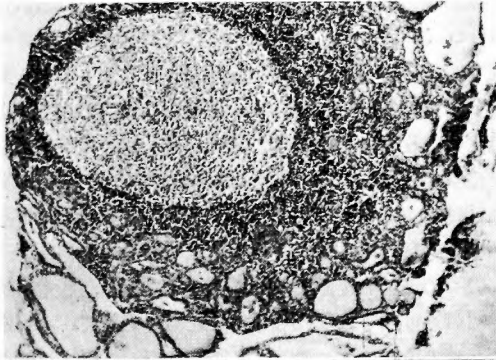


Fig. 1
Struma lymphomatosa
(HASHIMOTO)
(H. E., $\times 100$)

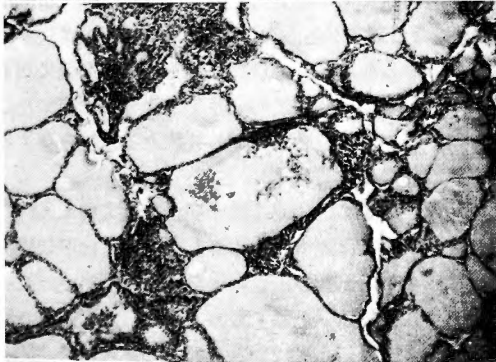


Fig. 2
Colloidphagy
(H. E., $\times 100$)

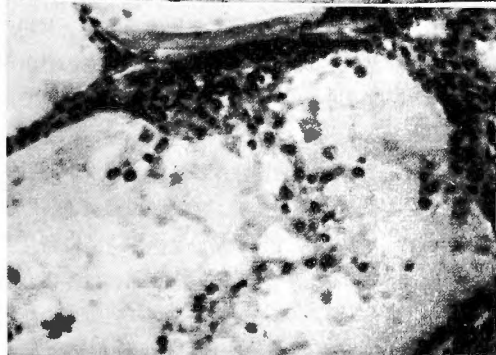


Fig. 3
Colloidphagy
Higher magnification of the follicle in the central part of Fig. 2
(H. E., $\times 400$)

考 察

橋本氏病は周知の如く、1912年リンパ球浸潤乃至リンパ濾胞形成の著明な甲状腺腫として *Struma lymphomatosa* の名称の下に橋本により初めて記載された疾患であつて、分類上 *Giant cell thyroiditis*, *Riedel's struma* と共に *nonsuppurative, nonspecific thyroiditis* の一群に属するものとされている¹⁰。この中 *Riedel's struma* との関連性については *Ewing Perman*, *Eisen*, *Vaux* 等は同一疾患と唱え、之に反し *Boyd*, *Graham*, *Mcclintock* 等は両者は全く異つたものであると主張している¹¹。

橋本氏病の成因に関しては、従来種々の説がある。例えば *Graham* は細菌感染説を唱え³、*Mcclintock* はビタミンA不足説を主張したが、*Jaffee* は病原体の感染によつては *Secondary lymphatic reaction* を伴う非特異性変性反応が起ることはないとして反対した⁷。橋本は当時本疾患と *Mikulicz* 氏病とが類似していることから、又 *Graham* は橋本氏病患者の剖検で *Generalized lymphoid hyperplasia* を認めたことから、本疾患は全身性疾患であると述べ⁴、一方本疾患は少数の例外を除き殆んどすべて女性に見られしかも中年以後の女性に多いと云う事実から、内分泌系統の失調に基因すると説く人も多い。

ところで、橋本氏病の特徴の一つとされているリンパ球浸潤は1893年 *Hezel* が *Basedow* 氏病に於ても認めたと報告して以来、各種の甲状腺疾患に於て認められるようになり、*Simmonds* の如きは普通大の甲状腺で正常組織像を呈するものに於ても約5%にリンパ濾胞の出現が認められると云つている。尤も *Poer*, *Davison*, *Bishop* 等は胚芽中枢を有するリンパ濾胞が正常の甲状腺内に出現することはないと否定している¹³。この甲状腺内のリンパ細胞が果して何処から発生するものであるかに関しては、若年者では全くこれを認めないので先天的ではなく後天性に出現するものであることは確かであるが、*Riebert*, *Wegelin* 等は血管内から游走するが如き組織像を立証し、*Simmonds* もリンパ細胞集団が血管に密接して存在することから血管との関連性が明瞭であると主張した。これに反し *Werdt* は血管周囲のリンパ球浸潤は炎症を伴つた甲状腺腫に於てのみ見られるもので、通常は甲状腺濾胞上皮細胞がリンパ細胞様に変化するものであろうとの説を立てた。一方 *Maximous* は甲状腺内の間葉系細胞の潜在にその起源を求め、又 *Reist*, *Payr* 等はヨ-

ド説を唱えた。最近 *Chesky* は超生体染色法を用いて観察を行い興味深い説を発表した²。即ち、橋本氏病患者の甲状腺濾胞内には *Macrophage* の性質を有する細胞—これは所謂 *Colloidphagy* 喰膠現象を呈するので喰膠細胞と呼ばれる—が出現する。その数が増加し *Colloidphagy* が進むと濾胞内 *Colloid* は漸次消失するが、やがてこの喰膠細胞は自ら変性に陥入り、今度は逆に *Colloid* を放出する。併しこの際の *Colloid* はもはや性質を変じており、これがリンパ球を呼び寄せる作用を有し、かくしてリンパ球浸潤が形成されると云うのである。而してこの喰膠細胞は甲状腺上皮細胞とは類似性がないと述べている。尚、この喰膠細胞に関しては *Leo-Loeb* はモルモットに沃度剤を投与すると本細胞の出現が増加することを報じ⁸、又 *Eggert*, *Hertz* 等はモルモットに脳下垂体甲状腺賦活ホルモンを投与すると本細胞の出現増加を齎らすとし⁹、又田部、若林等は *Langhans* 氏型巨大細胞が本細胞より形成されることを証明し、更に上記ホルモンは細胞の出現率を増加することを立証した¹²。これらの実験は橋本氏病の成因としてのホルモン失調説、脳下垂体甲状腺賦活ホルモン説の根拠となるものであろう。

我々の経験した本症例は若年者であり、且正常甲状腺組織を可成り多量に残していた点から見て、本疾患の初期の段階にあつたと考えられるが、この *Colloidphagy* なる現象が各所に、殊にリンパ濾胞周辺部に多数に認められたこと、月経不順等内分泌系統失調を思わせた点を有し初潮後約一年で腫瘍発現に至つたこと等は、橋本氏病の成因に関し興味ある示唆を与える症例と思われるのである。

診断及び治療：手術前、臨床症状を以て橋本氏病の診断を下すことは非常にむづかしい。多くは甲状腺腫大を主徴とし、気管の圧迫症状を多少とも伴い、又一般に甲状腺機能低下を示すものであるが、本症例の如くかえつて機能亢進症状を示すものも見られる。又、悪性腫瘍の疑いで手術を施行され組織検査により初めて橋本氏病と決定される場合もある。これらの点から *Crile* は結局は *Biopsy* に依つて確診を下すべきであると主張している¹⁴。

治療法としては外科的切除療法、レントゲン照射療法、ラジウム療法等があるが、外科的療法は術後甲状腺機能低下症状を来すことが多いことをとくに留意すべきである。*Joll* は圧迫症状の軽度のものは手術を避けた方がよいとし⁶、*Marshall* は手術は両側の部分切除のみで充分で峡部の除去は必要でないと云つてい

る¹⁰⁾。又彼は手術適応として、悪性腫瘍との鑑別が不能な場合、圧迫症状を有する場合、及び美容上切除を必要とする場合等を挙げ、他は放射線療法がよいと述べている。又 McSwain は治療後の甲状腺機能低下症状の発現は手術よりも放射線療法によるものの方が少ないことを認め、放射線療法に賛意を寄せている⁹⁾。以上の如くなるべく手術は避けるべきであるという考えが広く支持されており、Grile, Wickman 等は Biopsy に依り確診の上放射線療法を行うべきことを推奨している¹⁴⁾。レントゲン照射量としては Statland は1200γ, Crile は 1500γ~2000γ, Wickman は 2000γ を挙げており、Wickman によれば2~3週間で著明に大きさを減じ約4週間継続すれば目的を達すると述べている。この外 ACTH, Cortison 等が有効であるとも云われている。

結 語

21才女子に見られた橋本氏病を甲状腺切除により軽快せしめることが出来た1例を報告した。組織標本に Chesky, 田部等のいわゆる Colloidphagy の像を認めたので、これにつき若干の考察を加え、尚、本症の診断と治療にも言及した。

文 献

1) Crile, G.: Thyroiditis. Ann. Surg., **127**, 627, 1948.

2) Chesky, V. E.: Chronic Thyroiditis. Supravital Studies of Surgical Goiter Specimens. Surg. Gynec. & Obst., **93**, 575, 1951.
 3) Graham, A. et al.: Atrophy and Fibrosis Associated with Lymphoid Tissue in the Thyroid. Arch. Surg. **22**, 584, 1931.
 4) Graham, A. et al.: Struma lymphomatosa. J. Am. A. Study Goiter, **222**, 1940.
 5) Hertz, S.: Endocrinology. **18**, 1931.
 6) Joll, C. A.: Pathology, Diagnosis and Treatment of Hashimoto's Disease (Struma lymphomatosa). Brit. J. Surg., **27**, 351, 1939.
 7) Jaffee, R. H.: Chronic Thyroiditis. J. A. M. A., **108**, 105, 1937.
 8) Leo-Loeb: Endocrinology. **13**, 1929.
 9) Mac Swain, B. et al.: Struma lymphomatosa. Surg. Gynec. & Obst., **76**, 562, 1943.
 10) Marshall, S. F. et al.: Chronic Thyroiditis. New Eng. J. Med., **238**, 758, 1948.
 11) Mcclintock, J. C. et al.: Riedel's Struma and Struma lymphomatosa (Hashimoto). Ann. Surg., **106**, 11, 1937.
 12) 田部浩, 若林素: 甲状腺嚢膠細胞に関する実験的研究. 岡山医学会誌, **65**, 1009, 昭28.
 13) 照井常雄: 橋本氏病の一例. 外科, **16**, 120, 昭29.
 14) Wickman, W. et al.: Hashimoto's Disease (Struma lymphomatosa) Surg., **41**, 313, 1957.